

NULLAOSTA rilasciato dal datore di lavoro dell'interessato
(a cura dell'ISTITUTO, SEZIONE INFN, UNIVERSITA')

Si prega di autorizzare il Sig./la Sig.ra
a svolgere attività presso il Laboratorio BTF dei Laboratori Nazionali di Frascati dell'INFN, per il periodo indicato dal Responsabile della Facility.

Istituto di appartenenza

Dipendente a tempo indeterminato - Qualifica

Dipendente a tempo determinato - Qualifica

Tipo contratto Scadenza

Altro - Qualifica.....

Dal Al.....

Ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro (D. Lgs. 230/95 - Fisica Sanitaria - e D. Lgs. 626/94 e successive modifiche e integrazioni)

SI DICHIARA

- che il lavoratore è idoneo a svolgere l'attività per la quale ha ricevuto la necessaria informazione e formazione.
- che il lavoratore non è autorizzato a svolgere alcun tipo di attività con rischio da radiazioni ionizzanti durante l'attività lavorativa svolta nel Laboratorio BTF dei LNF .

che il lavoratore è coperto da assicurazione che il lavoratore non è coperto da assicurazione INAIL.

INAIL, valida anche durante il periodo di
attività svolto presso i LNF

In caso di necessità e per ulteriori informazioni rivolgersi a (*Responsabile dell'Istituto di appartenenza o di un delegato*) Tel.

Data..... Timbro e Firma
(Responsabile dell'Istituto di appartenenza o di un delegato)

A cura del LAVORATORE

Cognome e Nome

Data e Luogo di nascita

Domicilio

In caso di necessità rivolgersi a (*familiare*) Tel.**DICHIARA**

- di accettare quanto sopra dichiarato dall'Istituto di appartenenza
- di aver preso visione della scheda di destinazione lavorativa dei LNF (ann. 2) e di accettare di svolgere attività lavorativa nei LNF che comporti **esclusivamente** i rischi professionali ivi indicati.
- di accettare le norme di sicurezza interne per le attività sperimentali dell'impianto BTF (ann. 1)

Data..... Firma.....

A cura del RESPONSABILE BTF

Nel confermare quanto sopra dichiarato dagli interessati

SI CHIEDE

- l'autorizzazione all'ospitalità dal al
per attività di tipo d'installazione/run apparecchiature sperimentali.
- accesso h 24 per installazione e operazione di apparato sperimentale

Data..... Firma.....

A cura dell'UFFICIO UTENTI ESTERNI dei LNF

Si autorizza dal al

Data..... Firma.....

Il Direttore dei LNF dichiara che il lavoratore è ammesso a svolgere attività sperimentale presso il Laboratorio BTF.